

RACCOMANDATA A.R.

Al Comitato Zonale per la medicina Specialistica Ambulatoriale
c/o Azienda U.S.L. Taranto
V.le Virgilio 31
74100 TARANTO

DISPONIBILITA' PER ACQUISIZIONE DI TURNI ORARI PUBBLICATI NEL TRIMESTRE :

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

Nato a _____ il _____

residente a _____ CAP _____ prov. di _____

Via _____ n. _____

Recapiti telefonici : _____

comunica la propria disponibilità di acquisizione (se si tratta di più turni, indicarli con l'ordine di preferenza)

N. ore _____ branca di _____ c/o Distretto S.S. N. _____

N. ore _____ branca di _____ c/o Distretto S.S. N. _____

N. ore _____ branca di _____ c/o Distretto S.S. N. _____

N. ore _____ branca di _____ c/o Distretto S.S. N. _____

**a tal fine dichiara ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero (art. 76 del DPR n. 445/2000)**

a) di essere iscritto all'albo professionale deglidal _____

b) di aver conseguito la laurea inil _____

c) di aver conseguito la specializzazione inil _____

d) di avere / non avere in corso provvedimenti disciplinari (se sì indicare il tipo di provvedimento)

1) di essere **medico specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato**, ai sensi dell. Art. 23 c.....lett. dell' A.C.N. per la specialistica convenzionata, esecutivo in data 23.3.2005 , di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

con **anzianità di incarico**, dal _____ presso _____

(cancellare la voce che NON ricorre)

.di essere specialista che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall' Accordo Collettivo Nazionale della medicina specialistica convenzionata: SI NO

.di svolgere altra attività compatibile per la quale è soggetto alle limitazioni di orario: SI NO

.di essere titolare di pensione a carico diverso dall'ENPAM: SI NO

(segue)

di essere:

a) titolare di medicina generale,
dal _____ presso _____

b) medico specialista titolare pediatria di libera scelta, dal _____
presso _____

c) medico titolare di medicina dei servizi, dal
_____ presso _____

d) medico titolare di continuità assistenziale, dal
_____ presso _____

e) medico dipendente di struttura pubblica, dal
_____ presso _____

*Le categorie di medici descritti sub a)- b) - c) - d) - e) - devono essere in possesso del titolo di specializzazione nella
branca e dichiarare, altresì, la disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro.*

- *di essere inserito nella graduatoria provinciale di Taranto*
- *di NON essere inserito nella graduatoria provinciale di Taranto*

ATTENZIONE : Alla presente dovrà essere allegato copia di un documento di riconoscimento , a pena di irricevibilità

NOTE:

Data _____

FIRMA

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003 si informa che:

- 1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter partecipare al conferimento degli incarichi, in caso di rifiuto, Ella non potrà parteciparvi**
- 2. i dati personali contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento da parte di codesta Azienda USL al fine dell'assegnazione degli incarichi**
- 3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico .**
- 4. potrà rivolgersi a questa Azienda USL per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 7 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003**

Il sottoscritto _____ presa visione dell'informativa di cui sopra, ai sensi dell'art. 23 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003, autorizza il trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____

N.B. Il Comitato Zonale , nella seduta del 30.04.2009 , ha stabilito quanto segue :

Per i TITOLARI di incarico già in servizio , la mancata assunzione dell'incarico così come concordato e confermato nella dichiarazione di accettazione , comporterà per lo Specialista la **sospensione per UN anno** del diritto di prelazione di cui all'art. 11 , in analogia a quanto previsto dall'art. 16 , comma 11 dell'ACN .-

Per gli Specialisti a cui si **conferisce il PRIMO INCARICO** , la mancata assunzione dell'incarico ,così come concordato nella dichiarazione di accettazione , comporterà per lo specialista **la sospensione del diritto alla partecipazione per UN TURNO (TRE MESI)** , in analogia a quanto previsto dall'art.16 comma 11 dell'ACN .-

La presente domanda , deve essere presentata dal primo al decimo giorno del mese successivo alla data di pubblicazione dei turni vacanti .